

氏名：	佐佐木 智絵
学位の種類：	博士（看護学）
学位記番号：	甲第17号
学位授与年月日：	平成27年3月24日
学位授与の要件：	学位規則第4条第1項該当
論文題目：	慢性心不全患者の日常生活における活動の調整 Coordination of the activity in the daily life in the patients with chronic heart failure
論文審査委員：	主査 野並 葉子 （兵庫県立大学） 副査 加治 秀介 （兵庫県立大学） 副査 山本 あい子 （兵庫県立大学） 副査 宮脇 郁子 （神戸大学）

論文内容の要旨

研究の背景と目的

慢性心不全は、慢性の心臓のポンプ機能の障害によって発生する、末梢主要臓器に対する酸素の供給不足と、肺や体静脈系にうっ血をきたした結果、生活機能に障害を生じた病態である。近年の生活習慣病の増加と高齢化を背景に、慢性心不全患者は今後ますます増加すると予測されている。慢性心不全は、原因となっている疾患の進展や、急性増悪を繰り返すことによる心機能の低下によって、不可逆的な進行性の病態であり、生命予後、生活予後共に不良と言われている。進行を抑えるためには、疾患の進展予防と急性増悪の回避が必要であるが、慢性心不全患者の急性増悪による再入院率は高い現状がある。現在の多くの研究や実践報告は、再入院の原因として明らかになっている自己管理不足を改善することを目的としたものである。しかし、慢性心不全患者の生活調整や療養では、自分の生活を中心に療養法を選んだり、その人個人の生活の有り様や価値観の在り様を保ちながら生活したりしていることが明らかになっている。このような、日常生活の調整は、慢性心不全患者が心不全を増悪させることなく、自分の生活を送るための気遣いの実践であると言える。多様な生活の中で行われている患者自身の日常生活の活動の調整という、気遣いの実践を理解することが、慢性心不全患者へのケアとして必要だと考えた。

以上を踏まえ、本研究の目的は、『慢性心不全患者の実践である日常生活における活動の調整が、どのように行われているのかを明らかにする』こととした。

理論的前提

本研究は、Dreyfus によって解釈された、Heidegger の現象学的人間観を前提とした。Heidegger は、人間は世界の内に住み込んでいる存在者（世界－内－存在）であり、常にすでに状況のうちにおかれているものとした。そして、文化や慣習などを備えた日常性の中に埋没し、疑問を持つことなく存在する一般的で平均的な存在者の在り様を、世人と呼び、何らかの体験によって己の存在を問いつつ存在する存在者は現存在と呼んだ。現存在の存在は、気遣いによって世界の内に現にされ、先駆的決意性をもって、世界の内に存在するとしている。Dreyfus は、その人の住み込む世界の中での気遣いの実践を技能と捉え、Heidegger の現象学を、技能の現象学として解釈している。本研究では、存在者である慢性心不全患者が、どのような日常性の中にあり、そこでどのように存在しながら、そのような気遣いの実践を行っているのかを解釈した。

用語の定義

慢性心不全患者の活動の調整とは、慢性心不全患者が、心機能の低下や心不全症状によって限られたエネルギーを、生活に伴う活動を行う中で消費し、また、活動を一次的に中断したり、あえて負荷をかける活動を行ったりすることで、消費したエネルギーの回復や貯蓄を図り、身体的・心理的な疲労からの回復や安らぎを得て、活動を再開し、継続するために行っていること、と定義した。

研究方法

本研究の対象は、ACC/AHA の心不全ステージ分類 B～C に該当する心疾患を原因とする慢性心不全患者で、1 年以内の心不全増悪による入院歴が無く、日常生活動作が自立している患者とした。また、生活について 60 分程度の連続した言語的コミュニケーションによって表現可能であることを条件とした。研究への参加に同意を得られた患者を研究協力者とし、2 回のインタビューと、その間の活動量計による活動量測定を依頼した。インタビューは、初回は、研究協力者が意識している日常生活における活動と、その調整についての半構造化面接を行った。2 回目のインタビューまでの間に、3 日間程度の活動量測定を依頼し、2 回目のインタビューは、活動量測定結果の内、歩数と METs を 1 分ごとのグラフ化した活動量分析を見ながら、実際の活動についてインタビューを行った。その後、必要に応じて追加のインタビューを行った。その他、研究協力者の基本的属性、及び活動に影響を与える項目として、健康関連 QOL (SF-8)、身体活動能力質問表 (SAS)、現病歴と入院歴、既往歴、治療内容、心機能等をデータとして得た。

インタビューデータ、活動量分析結果を主たるテキストとし、Benner の解釈学的現象学の手法を用いて、解釈を行った。その際、共通性の指標として、日常性、時間性、振る舞い／ふるまい、情態性、関心の 5 つの指標を用いた。各研究協力者個人の解釈の後、24 人の研究協力者相互の共通性を確認しながら、テーマを抽出し、それぞれのテーマの範例と代表的事例を明らかにした。

倫理的配慮

本研究は、兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所研究倫理委員会の承認を得たうえで、研究協力施設から求められた場合には、その研究協力施設における倫理審査を受け、承認を得て実施した。

結果および考察

1. 24 人の研究協力者のテキストを解釈した。平均年齢は 66.4 歳（最少 30 歳，最大 85 歳，中央値 65.5 歳）で、男性 18 人、女性 6 人であった。心不全の原因となった疾患は、虚血性心疾患（8 人）、心筋症（9 人）、弁膜症（3 人）、不整脈（4 人）で、そのうち再同期療法などや補助換気療法などの薬物療法以外の治療法を受けていた協力者は 8 人であった。心不全ステージでは、20 人がステージ C で、何らかの心不全症状を有する者が多くを占めた。病歴の中央値は 54.5 か月で、発症から 3～5 年経過した者が多かったが、中には発症後 30 年以上経過している者もいた。SF-8 の各項目の平均は、国民標準値とほぼ変わらない値を示していたが、全体的健康観、心の健康、日常役割機能（精神）以外の項目では、得点にばらつきが見られた。慢性心不全患者は、QOL が低いと言われているが、本研究の研究協力者の健康関連 QOL は、国民標準値と同等であった。これは、1 年以内の心不全増悪による再入院がない患者を対象にしたことで、比較的安定して生活を送ることができている慢性心不全患者が対象であったことが影響していると考えられた。
2. 本研究では、【心臓の正常性を証明する】、【新たな身体に合わせて通常性を修復する】、【活動できる範囲に止(とど)める】、【活動の範囲を狭める】、【不全になった心臓を動かす手立てをとる】、【心臓を休める時間を持つ】、【通常性を保つためにし続ける】、【日常性を保つために身を休める】、【住まい方の中にいる】、【住まい方を作り直す】という、慢性心不全患者の日常生活における活動の調整の 10 のテーマが抽出された。また、慢性心不全患者の日常生活における活動の調整という振る舞いの様態は『不全に陥り動きにくくなった心臓を、動かしたり休めたりというような活動の調整をしながら、如何に通常性を保ち、身につけている技能を使って投げ入れられた状況を生き抜くか』というものであり、このことから、活動の調整の中心的な意味として『必要に応じて変えながら、それでも己にとっての通常であることを維持すること』が見出された。
3. 慢性心不全患者の日常生活における活動の調整は、通常性を保つために行われていた。通常性とは、その人が日常性の中で生きてきた歴史の中で、その人なりの生き方や生活の仕方、その人らしさとして、自分にも、他者にも了解された存在の仕方である。【新たな身体に合わせて通常性を修復する】、【通常性を保つためにし続ける】、【日常性を保つために身を休める】、【住まい方の中にいる】という活動の調整の仕方は、通常性を維持することと強く関連していた。通常性を保つように活動を調整する背景には、慢性心不全患者が住み込んでいる文化や慣習などによって意味づけられた、慣習的な意味を帯びた

身体で行っている活動の調整をすることによって、従来の自己概念を維持しつつ、慢性心不全によって生じる身体的な限界を受け入れていることがあった。そして、通常性を維持することで、生活の中ですでに獲得されている技能を用いて生活をするができることも、通常性を維持する理由であった。

4. 慢性心不全患者の日常生活における活動の調整は、エネルギーを循環させるために行われていた。慢性心不全患者は、心臓を、不全でいつ止まるかわからないものというだけでなく、正常性と可能性をもった、手許にあるものとして捉え、活動によって身体を動かすことで心臓を動かし、循環を改善させ、症状の緩和を図っていた。また、動かすだけでなく、身体を休めて心臓を休め、動かすことと休めることの落差をつけることによって、循環を促していた。【心臓の正常性を証明する】、【活動できる範囲に止(とど)める】、【活動の範囲を狭める】、【不全になった心臓を動かす手立てをとる】、【心臓を休める時間を持つ】という活動の調整は、循環させるために行われていた活動の調整の仕方であった。中でも、身体を休めて心臓を休めることは、心不全になっても変わらない生活の活動をして過ごす時間と関連しており、変わらないことを自覚することで得られる、安心や安寧といった、心理的なエネルギーを循環させて、慢性心不全という投げ入れられた状況を生き抜くことに繋がっていた。

Abstract

Study background and objectives

Chronic heart failure is a pathological condition that limits the functions of daily life as a result of an insufficient oxygen supply to the peripheral organs and blood stasis in the lungs and systemic veins owing to chronic problems with the pumping function of the heart. The number of chronic heart failure patients is expected to increase owing to recent increases in lifestyle diseases and the increasingly aging population. Chronic heart failure is an irreversible, advanced pathology that reduces cardiac function as a result of the worsening of the primary disease and repeated incidents of acute exacerbation. This situation leads to poor vital prognosis and living prognosis. To control the progression of the disease, it is necessary to prevent the worsening of the disease, avoiding incidents causing acute exacerbation. However, the rate at which chronic heart failure patients are re-hospitalized owing to incidents of acute exacerbation is currently high. The objective of most studies and practical reports on this topic is improving insufficient self-management, which has been identified as a cause of re-hospitalization. However, it is clear that chronic heart failure patients choose methods of convalescence that fit within their personal lifestyles so that they can maintain their way of life and

values. Thus, coordination of the activities of daily life is a type of care practice that allows chronic heart failure patients to live their own lifestyles without causing worsening of their disease. Indeed, caring for chronic heart failure patients requires nursing that understands the care practices that coordinate the daily life of each patient is just one lifestyle amongst a wide variety of lifestyles.

The objective of this study was to elucidate methods of coordinating the activities of daily life practiced by chronic heart failure patients.

Theoretical background

The present study is based on H. Dreyfus's interpretation of Heidegger's phenomenological view of humans. Heidegger considered humans to be beings dwelling within the world, who are constantly placed into situations. They are embedded within the "everydayness" provided by the culture and "customs." The state of general, average beings who undoubtedly exist is termed "das man," and the being who continually questions his own existence because of some experience is termed "dasein." The state of existing in the present is transformed into "the there" as a result of care, and a person in this situation exists in the world with "anticipatory resoluteness" (Vorlaufende Entschlossenheit zum Tode). Dreyfus understood the practice of care in the world in which humans live to be a skill, and he interpreted Heidegger's phenomenology as "the phenomenology of everyday coping skill."

The present study is an interpretation of how chronic heart failure patients, who are "beings," exist within everydayness and how they practice care while existing in this everydayness.

Definition of terms

"Coordinating with the activities of chronic heart failure patients" is defined as follows: chronic heart failure patients expend the energy that is limited by their reduced cardiac function and heart failure symptoms as they engage in the activities of their daily lives. They also temporarily cease these activities as well as activities that put a load on their hearts, in an attempt to recover and store the energy that they have expended. In doing this, they recover from their physical and mental fatigue and gain peace of mind, which allows them to resume and continue their daily life activities.

Methods

The subjects in this study were chronic heart failure patients whose disease was categorized as stage B or C according to the ACC/AHA heart failure guidelines, who had not been re-hospitalized during the previous year because of worsening of their heart

failure, and who were able to independently engage in the activities of daily life. Another condition was the ability to verbally communicate for approximately sixty continuous minutes about their lifestyle. The study participants were those patients whose consent to participate in the study was obtained. They were requested to be interviewed twice and for their activity level to be measured using an activity level analysis system. The first interview was a semi-structured interview that focused on the activities of daily life, which the study participants were aware of, and the coordination of these activities. The participants were requested to measure their activity level over an approximately three-day period between the two interviews. The second interview focused on their actual activities while the interviewer reviewed their minute-by-minute walking activity levels and metabolic equivalents which had been converted into a graph form. Additional interviews were subsequently conducted as necessary. In addition, the study participants' basic characteristics and items that influenced their activities were recorded. These included health-related QOL (SF-8), a physical activity ability questionnaire (SAS), the history of the current disease, hospitalization history, general medical history, treatment details, and data pertaining to cardiac function.

The interview data and activity level analyses were the main analyzed results used. These were interpreted using P. Benner's interpretative phenomenology. The following five indices were used as indices of commonality: everydayness, temporality, practice, affectedness, and concern. After assessing each study participant, themes were extracted by checking for commonality among the 24 study participants and these were classified into paradigm cases and exemplars.

Ethical consideration

This study was conducted after I acquired the approval of the research ethics committee of the Research Institute of Nursing Care for People and Community, College of Nursing Art and Science, University of Hyogo, and the approval of the ethical committee of the institutions I asked to participate in this study only in the case that approval was required by the institutions.

Results and discussion

1. We analyzed the texts of the 24 study participants. Their average age was 66.4 (range: 30–85; median: 65.5). Eighteen were male and six were female. The diseases causing their heart failure were ischemic heart disease ($n = 8$), cardiomyopathy ($n = 9$), valvular disease ($n = 3$), and arrhythmia ($n = 4$). Eight participants were using treatments other than pharmacotherapy, such as devices or CPAP. Twenty participants were in stage C and most showed some symptoms of heart failure.

Disease duration was a median 54.5 months. For most patients onset of disease occurred 3 to 5 years prior, but some patients had been suffering from heart failure for thirty or more years. The average for SF-8 items was nearly the same as NBS, but items other than general health, mental health, and emotional state showed a wide variation in the scores. Chronic heart failure patients are said to have reduced QOL, but the health-related QOL scores of participants in the present study were the same as NBS. This is likely due to the fact that subjects were restricted only to those patients who had not experienced re-hospitalization within the past year caused by the worsening of their heart failure and that these chronic heart failure patients were able to live relatively stable daily lives.

2. We extracted 10 themes related to coordinating the daily activities of chronic heart failure patients: confirmation of heart normality; reframing of usuality in accordance with the change in body function; remaining within the range of performable activities; reducing the range of activities; engaging in activities that exercise the diseased heart; setting aside time to rest the heart; continuously engaging in activities that maintain usuality; resting the body to maintain everydayness; maintaining the conventional way of existing; and reframing of the conventional way of existing. In addition, the form of practice in coordinating the daily activities of chronic heart failure patients was identified as the following: “the way the chronic heart failure patient can survive the situation he or she was put into while using the physical functions he or she still has to maintain usuality, while at the same time alternately resting and exercising the diseased heart.” This then led us to identify the central significance in coordinating activities as “maintaining what is normal to oneself while making changes as necessary.”
3. Coordinating the daily activities of chronic heart failure patients is designed to maintain usuality. Usuality is the lifestyle and way of living developed over the course of the life of each person that is unique to each individual and a way of being that is understood by both the person himself and others as being unique to that person. Ways of coordinating activities such as reframing of usuality in accordance with the new body, continuously engaging in activities that maintain usuality, resting the body to maintain everydayness, and being within a way of living are strongly related to the maintenance of usuality. In this background of coordinating activities to maintain usuality, chronic heart failure patients derive meaning from the culture and “customs” within which they live. Moreover, by coordinating the activities they perform using the body that has thus taken on a “common” meaning, they maintain their former

concept of self and thus accept the physical limitations imposed by the chronic heart failure. In addition, the fact that they can perform activities using the skills they are still able to successfully perform within their daily lives is another reason to maintain this usuality.

4. Coordinating the daily activities of chronic heart failure patients is a mechanism of circulating energy. Chronic heart failure patients regard their diseased heart not as something that may stop functioning at any time but rather as something at hand that has normality and possibility. In addition, exercising their hearts by exercising their bodies through engaging in activities improves their circulation and alleviates their symptoms. By not only exercising but also resting, they create a balance between exercise and rest, which promotes circulation. Moreover, resting their hearts by resting their bodies is related to time spent engaging in daily activities that they used to perform before the disease onset. This then circulates the psychological energy of peace of mind and well-being that they derive from sensing that their lives have not changed, allowing them to function after a diagnosis of chronic heart failure.

論文審査の結果の要旨

慢性心不全は、慢性の心臓のポンプ機能の障害によって発生する、末梢主要臓器に対する酸素の供給不足と、肺や体静脈系にうっ血をきたした結果、生活機能に障害を生じた病態である。本研究は、『慢性心不全患者の実践である日常生活における活動の調整が、どのように行われているのか』を明らかにするために、Heidegger の現象学的人間観を理論的前提として、インタビューデータ、活動量分析結果を主たるテキストとして、P. Benner の解釈学的現象学の手法を用いて解釈を行っている。その際、共通性の指標として、日常性、時間性、振る舞い／ふるまい、情態性、関心の 5 つの指標を用いている。各研究協力者個人の解釈の後、24 人の研究協力者相互の共通性を確認しながら、テーマを抽出し、それぞれのテーマの範例と代表的事例を明らかにしている。

結果、【心臓の正常性を証明する】、【新たな身体に合わせて通常性を修復する】、【活動できる範囲に止(とど)める】、【活動の範囲を狭める】、【不全になった心臓を動かす手立てをとる】、【心臓を休める時間を持つ】、【通常性を保つためにし続ける】、【日常性を保つために身を休める】、【住まい方の中にいる】、【住まい方を作り直す】という、慢性心不全患者の日常生活における活動の調整の 10 のテーマを抽出した。慢性心不全患者の日常生活における活動の調整という振る舞いの様態は『不全に陥り動きにくくなった心臓を、動かしたり休めた

りというような活動の調整をしながら、如何に通常性を保ち、身についている技能を使って投げ入れられた状況を生き抜くか』というものであり、このことから、活動の調整の中心的な意味として『必要に応じて変えながら、それでも己にとっての通常であることを維持すること』を見出している。

審査会は、心不全患者が自分自身を生かし続けているという患者の生の声が捉えられ、丁寧に解釈できている点、それをハイデッガーの考えを理論的前提におきながら抽象論でなく心不全患者の活動の調整を具体的に捉えられている点、さらに研究として新たな知見を明らかにした点を高く評価した。その結果、従来のやり方ではない新しいアプローチが見えてくることが示唆されている。また、この結果は看護師だけでなく医師をはじめ心不全患者に関わる医療者が知る必要があると言う点で、共有できる知見であることが確認された。

下記に審査状況を述べる。

1. 範例と代表例の関係について

研究者から「代表例は共通性を持っている（テーマをつける）ものの集団で、範例は、その中で、テキストでそれが説明できる力強い事例である」ことが説明され、本研究では24人の研究協力者から10のテーマが明らかになったことを確認した。

2. 活動と休息の関係について

研究者から「活動しないことが休息ではなく、安定している・安寧であると患者が捉えているものを休息、活動を運動ではなく、その人の生活として捉えているものを活動」と考えることが示された。

3. 心不全患者の活動の調整

慢性心不全患者の日常生活における活動の調整は、「通常性を保つ」、「エネルギーを循環させる」ために行われていたことが示された。

4. 看護への示唆

「通常性を維持する」ということは、現存在をどう生きるかを問い続けることになるが、考えないですむような日常性を取り戻してはいけないのかと言う質問に対して、「患者の生活に共に住み込むことで、変えるという視点ではなく、どうやったら変わらずにいられるかという視点、つまり「通常性を維持する」ことから活動の調整を捉えることで、変わらないことによってもたらされる安定が得られる」という新たな看護の視点が示された。

5. 「研究の限界について書くことで、何を言おうとしているのか」研究者が挙げている3点について質問を行い、研究計画の段階からわかっていたことを形式的に述べるのではなく、本研究の結果から言える範疇を明確にして何が研究の限界として言えるかということを記載することを求めた。